FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE

PAR KAIKHUSRO-RUSTOMJI VICCAJI,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris,
Licencié en médecine et Fellow de l'Université de Bombay,
Lauréat (Médailles d'or et d'argent) de l'Ecole de médecine de la même ville,
Ancien assistant chirurgien de l'établissement médical de Bombay.

DES

PHLÉBITES RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES

PARIS
A. PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MEDECINE
31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1880

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.................. M. VULPIAN.

Professeurs.......... MM.

Anatomie .... SAPPEY.	
Physiologie....................................	BECLARD.
Physique médicale..............................	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale..........	WURTZ.
Histoire naturelle médicale.....................	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales........	BOUCHARD.
Pathologie médicale................................	JACCOUD. PETER.
Pathologie chirurgicale............................	GUYON. N.
Anatomie pathologique...........................	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils..........................	LE FORT.
Pharmacologie....................................	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale...........	HAYEM.
Hygiène.....	BOUCHARDAT.
Médecine légale....................................	BROUARDEL.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés..................	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LABOULBENE
Pathologie comparée et expérimentale........	VULPIAN.
Clinique médicale...................................	SEE (G.) LASEGUE. HARDY. POTAIN.
Maladies des enfants.............................	PARROT.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.................................	BALL.
Clinique chirurgicale...	RICHET. GOSSELIN. VERNEUIL. TRELAT.
Clinique ophthalmologique......................	PANAS.
Clinique d'accouchements......................	DEPAUL.
Clinique des maladies syphilitiques...........	FOURNIER.

DOYEN HONORAIRE : M. WURTZ.

Professeurs honoraires :

MM. BOUILLAUD, le baron J. CLOQUET et DUMAS.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BERGER.	GAY.	LEGROUX.	REMY.
BOUILLY.	GRANCHER.	MARCHAND.	RENDU.
BOURGOIN.	HALLOPEAU	MONOD.	RICHET.
BUDIN.	HENNINGER.	OLLIVIER.	RICHELOT.
CADIAT.	HENRIOT.	PEYROT.	STRAUS.
CHANTREUIL	HUMBERT.	PINARD.	TERRILLON.
DEBOVE.	LANDOUZY.	POZZI.	TROISIER
DIEULAFOY.	JOFFROY.	RAYMOND.	
FARABEUF.	DE LANESSAN.	RECLUS.	

Agrégés libres chargés des cours complémentaires.

Cours cliniques des maladies de la peau..........	MM. N.
» des maladies des enfants.........	N.
— d'ophthalmologie	N.
— des maladies des voies urinaires..	N.
Chef des travaux anatomiques....................	FARABEUF.

Secrétaire de la Faculté : A. PINET.

Par délibération en date du 9 décembre 1789, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR VULPIAN

Doyen de la Faculté de médecine de Paris,
Membre de l'Académie des sciences,
Membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'honneur, etc.

A TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS (1880)

Témoignage de ma profonde reconnaissance et de mon
respectueux attachement.

A M. LE D[or] FRÉDÉRICK TAYLOR

Dean, Guy's Hospital.

Souvenir de Guy's Hospital pendant mon
séjour à Londres (1879-80.)

DES

PHLÉBITES RHUMATISMALES ET GOUTTEUSES

AVANT-PROPOS.

Dans le service de clinique de M. le professeur Sée, dirigé à ce moment par M. Raymond, nous avons observé cette année un cas de phlébite rhumatismale. L'histoire de la malade que nous avons pu suivre pendant des semaines lève dans notre esprit tous les doutes sur l'existence clinique de l'inflammation aiguë des veines dans le cours du rhumatisme.

Nous voudrions faire partager à nos lecteurs notre conviction à ce sujet, et pour cela nous nous appuierons sur un petit nombre d'observations démonstratives, qu'on a publiées sous le titre de phlébite rhumatismale, et dans lesquelles la marche et la succession des phénomènes, — inflammation de la veine d'abord, coagulation veineuse ensuite survenant dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, — indiquent assez leur dépendance de l'état rhumatismal préexistant. Nous éliminerons soigneusement les cas des phlébites qui se sont développées dans le cours des maladies chroniques, chez les sujets cachectiques, etc.

Enfin, il nous a paru intéressant de mettre en regard de cet accident rarement observé dans le cours du rhumatisme, un accident analogue observé parfois dans le cours de la goutte. La phlébite goutteuse est encore moins connue

que la phlébite rhumatismale. L'étude simultanée de ces deux accidents ou localisations des deux diathèses sœurs pour rappeler un mot célèbre, jette il nous semble une lumière plus vive sur l'étude de chacune entre elles. Nous étudierons successivement la phlébite rhumatismale et la phlébite goutteuse.

PHLÉBITE RHUMATISMALE.

HISTORIQUE. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le premier auteur qui ait, à notre connaissance, décrit la phlébite rhumatismale, est M. Empis (1), et le premier travail d'ensemble sur la matière est celui de Marcel Lelong, travail consciencieux, contenant tous les cas que l'on pourrait faire rentrer de près ou de loin dans le cadre du rhumatisme. Dans sa thèse inaugurale sur quelques localisations rhumatismales dans le système vasculaire, à laquelle nous aurons beaucoup à emprunter, M. Lelong a eu le mérite d'attirer sur ce point l'attention des cliniciens en publiant quelques cas dont la réalité est hors de toute contestation.

M. le Dr Lancereaux admet également la possibilité de la phlébite rhumatismale et même de la phlébite goutteuse. Après avoir rapporté deux observations de phlébite rhumatismale, il écrit : « Les veines sont des organes assez peu susceptibles d'altération, rarement influencées par les maladies constitutionnelles, la tuberculose, le carcinome, la scrofulose, ou la syphilis; elles sont quelquefois atteintes par les manifestations du rhumatisme et de la goutte. La

(1) Empis, Clinique; in Lelong, Thèse de Paris 1869.

mobilité, la douleur, le siège de ces phlébites sont autant de caractères qui les rapprochent des manifestations du rhumatisme et nous pensons qu'on peut admettre une phlébite rhumatismale. » (1). Depuis 1869, les auteurs qui ont étudié le rhumatisme, n'ont fait que citer (quand ils l'ont citée) la phlébite rhumatismale. Les traités classiques de Grisolle (2), de Jaccoud (3), n'en font pas mention. M. Besnier (4) s'exprime ainsi.

« Il semble bien positif que le rhumatisme frappe parfois une, plusieurs, ou un grand nombre des veines des membres, soit au cours du rhumatisme articulaire aigu, soit en dehors, mais surtout dans les formes anormales, pyémiques, secondaires, de celui-là, etc. Il n'est pas absolument rare, à la vérité, de rencontrer des cas de rhumatisme articulaire aigu, franc, dans lesquels on observe la phlegmasie localisée ou généralisée des veines des membres, l'endophlébite; il n'est pas impossible qu'une phlébite des veines ne joue un rôle dans quelque cas d'encéphalopathie rhumatismale, mais je le répète encore, cela est exceptionnel au cours du rhumatisme articulaire généralisé franc, et ne nous permet pas de ranger cette lésion au nombre des affections propres des localisations, proprement dites, habituelles, du rhumatisme articulaire aigu. »

La plupart de nos maîtres imitent cette réserve.

M. Raymond (5), en se plaçant sur le terrain clinique a, suivant nous, démontré l'existence de la phlébite rhumatismale. C'est qu'en effet il faut rester sur le terrain de la

(1) Lancereaux. Atlas d'anatomie pathologique, 1871, t. I, p. 152.
(2) Grisolle. Path. interne.
(3) Jaccoud. Path. interne.
(4) Besnier. Dict. encyclopédique, art. Rhumatisme, p. 546.
(5) Raymond. Leçon clinique inédite, 1880.

clinique : l'anatomie pathologique n'a pas encore pu éclairer cette question, et pour cette raison, nous la laisserons complètement de côté.

La thrombose est-elle primitive ? La phlébite est-elle la lésion primordiale ? Nous n'avons pas à rentrer ici dans cette discussion qui concerne l'étude de la phlébite en général.

ÉTIOLOGIE.

Dans l'état actuel de nos connaissances on ne peut rien affirmer de certain relativement à l'âge, au sexe, à l'époque de prédilection de la phlébite rhumatismale. Ce qui n'est pas douteux, c'est que cette affection est rare. Nous n'avons pu en réunir que six cas authentiques.

« L'arthrite rhumatismale concomitante, tel est le criterium qui nous permet d'affirmer le plus sûrement la nature de la maladie. » (Lelong) (1). Aussi, tant que les phénomènes articulaires manquent, le diagnostic est hésitant ; et même quand ces phénomènes apparaissent, ils peuvent être l'effet de la phlébite. MM. Letulle et Ory (2), ont montré que la phlegmatia alba dolens donne lieu à l'hydarthrose du genou. N'est-ce pas ainsi qu'il faudrait interpréter les observations de MM. Martineau et Pelvet, citées par M. Lelong, où le gonflement du genou apparait longtemps après le début des accidents et dure de cinq à huit jours seulement.

Faut-il admettre que la phlébite est dans certains cas le

(1) Etude sur l'artérite et la phlébite rhumatismale aiguës, par M. le Dr Lelong. Thèse de Paris, 1869.

(2) Bulletin de Société clinique, 1878. Tome II.

premier accident de la diathèse rhumatismale, comme cela arrive parfois pour l'endocardite? On peut le supposer à priori, mais non le démontrer. On peut observer à l'inverse de ces derniers faits, telles circonstances, où les accidents de phlébite surviennent après un mois de maladie. Impossible alors de ne pas penser que le rhumatisme, maladie anémiante au premier chef, met par sa longue durée le sujet dans les conditions favorables à la production d'une thrombose cachectique. D'autres fois la phlébite s'accompagne d'arthrites plus ou moins nombreuses qui appellent d'abord l'attention. Elle débute en même temps que ces arthrites (Lelong) ou plus tard, quelques jours après seulement. (Lelong, observation personnelle).

Quelles sont les variétés du rhumatisme où se rencontre la phlébite rhumatismale? Le plus souvent c'est un rhumatisant « polyarticulaire, erratique, douloureux, intense. » M. Lelong a cru remarquer que chez les malades atteints de phlébite, le cœur était indemne. Notre malade présenta le roulement présystolique avec dédoublement du deuxième temps, caractéristique du rétrécissement mitral.

Deux des malades cités par M. Lelong (obs. XI et XIII), étaient atteints de blennorrhagies. Dans les deux cas, il s'agit du rhumatisme développé chez un sujet rhumatisant à l'occasion d'une blennorrhagie. MM. Walker et Vidart, cités par M. Talamon (1), auraient observé chacun un cas de phlébite de la saphène interne dans le cours du rhumatisme blennorrhagique. Enfin, nous citons un cas de phlébite chez un sujet atteint de rhumatisme chronique. Ce fait rétablit la transition entre la phlébite rhumatismale et la phlébite goutteuse.

(1) Talamon, Revue mensuelle de médecine 1878.

Le siège de la phlébite rhumatismale n'a rien de constant ; elle s'attaque à un seul membre, à deux, aux quatre. Dans notre cas elle était localisée au seul membre supérieur gauche, et de fait elle paraît affecter plus spécialement les membres supérieurs.

SYMPTOMES.

La phlébite rhumatismale peut être précédée des symptômes analogues à ceux qui annoncent l'angine ou l'endocardite rhumatismale. Quand elle survient chez un sujet malade déjà depuis quelque temps, un malaise général, une recrudescence du mouvement fébrile marquent le début de cette nouvelle affection. C'est alors qu'apparaissent les accidents locaux ; pour leur description nous prendrons comme type l'histoire même de notre malade.

Au cours d'une attaque de rhumatisme ayant intéressé différentes articulations, apparaît une vive douleur sur le trajet de la veine enflammée. On rattache tout d'abord ce phénomène et la gêne des mouvements qui en résulte au rhumatisme articulaire ; cependant la persistance, l'acuité des douleurs, leur étendue à la continuité du membre donnent l'éveil. En examinant avec attention on constate l'existence d'une large traînée rouge descendant à la face interne du bras depuis l'aisselle jusqu'au coude, formant dès le début une saillie appréciable sous forme d'un cordon arrondi et induré. Au bout de quelques jours apparaît au coude un œdème blanc qui s'étend à l'avant-bras, au bras, et persiste un certain temps. Voilà la phlébite constituée, revenons sur chacun de ces symptômes.

Douleur. — C'est un symptôme signalé constamment dans les observations de phlébite. Elle apparaît dès le

début, dure plus ou moins longtemps, et même peut être tout à fait passagère. C'est donc un phénomène du début de la maladie. Son intensité est variable : tantôt violent et continu, elle pourrait revenir par accès d'une grande acuité, (Lelong) dans l'intervalle desquels elle serait très atténuée. Chez notre malade la douleur était très vive ; nous n'avons pas remarqué de rémittence. Au début elle était spontanée, persistait quand le membre restait immobile contre le tronc, mais était exagérée dès qu'on lui imprimait le moindre mouvement. La douleur au début est diffuse et s'étend à tout le membre ou le segment de membre parcouru par le vaisseau. Plus tard, en même temps que son intensité diminue, elle se localise au trajet veineux.

Enfin, arrivée à la dernière période de la maladie, elle n'existe plus spontanément, mais la pression la réveille.

Cette augmentation de la douleur par la pression est un symptôme capital dans l'espèce et qui mérite de fixer notre attention. Si la veine atteinte est superficielle, la pression peut se faire sur une assez grande étendue, partout où existe la rougeur et le gonflement. Si au contraire, il s'agit d'une veine profonde (cas habituel au membre inférieur), elle doit se faire en certains points correspondants à des anneaux fibreux, à celui du soléaire par exemple. Dans notre cas la veine était superficielle, mais, si au début la douleur à la pression était généralisée, à la fin elle était localisée, surtout au coude. En pressant sur cette région le long de la veine enflammée, alors que la rougeur et l'induration avaient disparu totalement sur presque toute son étendue, on provoquait encore une douleur vive mais limitée. Et même au début, quand la douleur était répandue sur toute la longueur du bras, on pouvait encore, chez notre ma-

lade, constater par la pression que le maximum de la douleur correspondait bien exactement au trajet veineux. On le voit donc, ce symptôme a ici une importance toute particulière au point de vue pratique.

Au point de vue théorique l'intensité de la douleur, précédant les autres symptômes dont il nous reste à parler, est un argument en faveur de la nature rhumatismale de cet accident. Dans certain cas on a signalé une sensation d'engourdissement, de pesanteur, ou de fourmillements dans les membres malades. Ces phénomènes sont en rapport avec les troubles circulatoires sur lesquels nous reviendrons ultérieurement.

Rougeur. — Sur le trajet de la veine enflammée quand elle est superficielle, on voit très rapidement (et cette précocité est à noter aussi ; parce qu'elle rappelle bien la violence et l'acuité des phlegmasies rhumatismales) une traînée rose ou même rouge dessinant à la surface de la peau la veine malade, large de plus d'un centimètre de largeur, par exemple s'il s'agit de la veine basilique et offrant une teinte uniforme, c'est-à-dire qu'on n'a pas ici un réseau de lignes roses avec des intervalles de peau saine, comme cela se voit dans la lymphangite. Cette rougeur peut même s'étendre aux parties voisines, au point de simuler l'érysipèle. Parfois au contraire, elle reste limitée à une portion de la veine et s'arrête net au niveau d'une de ses valvules. Enfin d'après Lelong; on pourrait observer dans la phlébite une petite tumeur dure, peu saillante, d'un rouge vif, très sensible au toucher, ayant la circonférence d'une pièce de 50 centimes. Dans le cas de phlébite profonde il existerait le long de la gaîne du vaisseau une légère ecchymose.

Chaleur. — Il y a au niveau de la partie rouge et tuméfiée une élévation de température que nous ne pouvons pas préciser, mais qui a certainement son maximum au niveau même de la veine enflammée.

Tuméfaction. — Au début, la tuméfaction, tout en étant limitée au trajet veineux est diffuse en ce sens qu'elle dépasse la paroi veineuse. A ce moment au toucher, qui d'ailleurs réveille une vive douleur, on sent un empâtement, ou mieux une rénitence qui va en diminuant sur les bords du vaisseau. Puis l'induration s'accuse de plus en plus, mais se restreint. Et bientôt on sent sur le trajet du vaisseau malade un cordon dur, de volume variable avec le calibre de la veine oblitérée, moniliforme, offrant des nouures légères au niveau des valvules. Cette induration persiste même après que les phénomènes inflammatoires ont disparu. Ce dernier signe est avec la douleur le seul appréciable dans le cas de phlébite profonde. Encore faut-il savoir le reconnaître au mollet, un bon moyen est de faire, pour ainsi dire, ballotter le mollet entre les doigts (Vulpian).

Œdème. — Alors que les phénomènes inflammatoires (rougeur, chaleur, tumeur, douleur) sont apparus déjà depuis quelques jours la veine enflammée s'oblitère : de là des phénomènes d'ordre mécanique, arrêt de la circulation veineuse, et œdème dans le département correspondant. Cet œdème débute par l'extrémité du membre et peut ensuite l'envahir tout entier. Chez notre malade, la phlébite de la basilique avait amené l'œdème au niveau du coude et de la partie supérieure de l'avant-bras. Au bord interne du coude on voyait un œdème mou, blanc, indolent. La pres-

sion en ce point produit la dépression caractéristique, mais ne détermine pas de douleur.

Il ne faut pas confondre cet œdème à distance dû à l'oblitération veineuse, avec l'œdème de voisinage dû à la flexion collatérale et qu'on observe le long du cordon veineux rouge et induré.

Phénomènes articulaires et phénomènes généraux.

La lecture des observations montre qu'il est impossible d'établir une corrélation entre l'apparition de la phlébite et la disparition, ou l'aggravation ou la multiplicité des phénomènes articulaires. Dans notre cas, il ne paraît pas y avoir eu de symptômes généraux intenses ; nous avons toutefois signalé une légère élévation thermique. M. Lelong dit que la phlébite peut s'accompagner d'un malaise général, de courbature, de frissons répétés.

MARCHE. — DURÉE. — TERMINAISON. — COMPLICATIONS.

La marche régulière de la phlébite rhumatismale est donc la suivante ; d'abord surviennent des phénomènes inflammatoires, puis seulement après l'œdème par oblitération veineuse. Toutefois il est des cas où l'œdème apparaît en même temps que la rougeur, et la tuméfaction périphlébitique. L'œdème se maintient quelque temps, puis disparaît, quoiqu'il persiste, sur le trajet de la veine, un cordon dur qui peut rester appréciable pendant des mois entiers.

La durée de la maladie est très variable et toujours difficile à préciser ; on peut dire d'une façon générale qu'elle dure quelques semaines ; elle pourrait ne durer que quel-

ques heures (Lelong). En tous cas elle paraît se terminer plus rapidement que les autres phlébites.

Elle paraît aussi avoir toujours une issue favorable ; les complications sont exceptionnelles. Lelong cite la gangrène des extrémités et aussi l'embolie pulmonaire.

Cette extrême bénignité rapproche cette affection des autres accidents rhumatismaux dont elle a, jusqu'à un certain point, la marche et la rapidité. Elle établit une distinction fondamentale entre la phlébite rhumatismale et la phlébite goutteuse si souvent mortelle.

DIAGNOSTIC.

En présence des symptômes d'une phlébite superficielle (cordon rouge douloureux sur le trajet d'une veine connue), il n'y a pas a songer à une lymphangite, dans laquelle on voit apparaître de petits cordons grêles formant parfois un réseau superficiel, et dont le calibre élimine d'emblée l'idée d'une inflammation veineuse. L'apparition ultérieure de l'œdème, la persistance de l'induration par coagulation intra-veineuse achèveraient de lever toute hésitation.

On peut parfois observer des phénomènes analogues. C'est le cas de phlegmatia alba dolens cachectique. L'erreur est surtout facile quand la veine malade est profonde. Il faut donc tout d'abord s'assurer qu'on n'a pas affaire à un sujet cachectique. On peut observer les mêmes symptômes chez les sujets convalescents, chez les chlorotiques et même chez les sujets atteints de maladie du cœur. M. le professeur Peter a insisté sur les thromboses survenant à la dernière période des maladies du cœur. L'erreur ne sera pas commise si l'on a fait un examen complet des sujets en

observation. Enfin, il faudra aussi, avant d'admettre la phlébite rhumatismale, qu'il n'existe pas à la racine du membre une cause de compression veineuse ; ou enfin, que le sujet atteint n'est pas en même temps porteur de varices, auquel cas il est inutile d'invoquer la diathèse rhumatismale pour se rendre compte des symptômes observés.

La plupart de ces erreurs sont faciles à éviter, la phlébite rhumatismale est rare et en clinique avant d'admettre une rareté, il faut bien rechercher s'il n'y a pas un moyen vulgaire, banal, de l'interpréter. C'est ainsi que nous avons procédé pour notre malade et celle dont nous citons les observations. Lelong en donne plusieurs autres qui sont entachées du vice que nous signalons. Elles pêchent par un point important : il s'agit de sujet atteint de varices ou cachectiques, etc. Ce qui est au contraire établi, c'est que nos sujets étaient exclusivement atteints de rhumatisme articulaire.

Dans nos observations, le titre du rhumatisme est donc croyons-nous suffisamment justifié. En est-il de même du titre de phlébite ? Nous le pensons aussi. En effet, à l'inverse de ce qu'on voit chez les cachectiques, chez notre malade les premiers symptômes furent les phénomènes inflammatoires sur le trajet de la veine, puis, mais seulement au bout de quelque jours, surviennent les troubles circulatoires. Au même moment nous avions l'occasion de voir à l'Hôtel-Dieu se développer sous nos yeux une phlegmatia cachectique chez un tuberculeux. L'œdème du membre fut le premier symptôme observé ; déjà à ce moment, mais seulement aux lieux d'élection, on pouvait sentir un caillot intra-veineux à peine douloureux, puis apparurent le gonflement ou la rougeur péri-veineuses

avec douleur à la pression et induration sur tout le trajet de la veine malade. Dans ce cas les accidents avaient suivi une marche inverse; d'abord les troubles de circulation, puis les symptômes phlegmasiques. Ce parallèle nous a paru intéressant à faire en terminant le diagnostic. Ajoutons un trait de plus : dans la phlegmatia cachectique ou autre, l'embolie pulmonaire n'est pas rare; nous avons vu qu'il n'en existe pas d'exemple dans la phlébite rhumatismale.

Il resterait encore à distinguer la phlébite rhumatismale de l'œdème rhumatismale décrit dans ces derniers temps par M. Davaine (1). Dans ce cas la rougeur et l'œdème siégent aux mêmes points, la rougeur n'est pas limitée à une trainée le long du membre, mais elle est diffuse, de même que l'œdème qui l'accompagne. Enfin, l'absence de douleur veineuse profonde ou de cordon dur, rouge, douloureux, superficiel, doivent éloigner l'idée de la phlébite rhumatismale.

TRAITEMENT.

Immobiliser le membre, appliquer des cataplasmes, tel est le traitement convenable.

On se demande comment des auteurs remarquables ont pu conseiller en pareil cas la saignée chez un sujet déjà prédisposé aux inflammations veineuses. Pour nous, c'est l'expectation qui peut donner les meilleurs résultats.

Une précaution est toujours indiquée, c'est de défendre au malade le moindre mouvement du membre atteint de

(1) Contribution à l'étude du rhumatisme; œdème rhumatismal et nodosité éphémères rhumatismales du tissu cellulaire sous-cutané, par J.-A. Davaine. Thèse de Paris, 1879.

phlébite; il pourrait en résulter une embolie de l'artère pulmonaire et une syncope mortelle.

Observation I (personnelle).

T... (Berthe), 26 ans, passementière, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Jeanne, le 21 septembre 1880.

Cette femme est d'une bonne constitution ; n'a jamais eu de maladie grave, et n'a pas encore eu d'attaque de rhumatisme.

Le 11 septembre, c'est-à-dire dix jours avant son entrée à l'hôpital, et sans cause appréciable, T... ressentit des douleurs assez vives à l'épaule droite et dans les petites articulations de la main gauche. Les douleurs de l'épaule ont rapidement disparu. Elle ne s'en plaignait presque plus lors de son entrée à l'hôpital. Celles de la main étaient localisées à l'articulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire ; elles étaient vives spontanément, s'exaspéraient au moindre mouvement et s'accompagnaient de tuméfaction articulaire. Déjà chez elle la malade a pris du salicylate de soude qui a fait diminuer le gonflement et la douleur.

21 septembre. — A son entrée, on la trouve dans l'état suivant: T... est une jeune femme, grande, bien constituée, point amaigrie, mais un peu pâle ; ses forces sont conservées, l'appétit est normal, il n'y a pas la moindre fièvre. Toutes les articulations sont intactes, sauf celles de l'annulaire, du poignet et du coude gauches. Au niveau de la 4e articulation métacarpo-phalangienne, il existe de la tuméfaction avec rougeur des téguments qui s'étend aux parties voisines : la douleur siège aux mêmes joints, mais sans grande acuité. Le poignet gauche est légèrement tuméfié et à peine douloureux. Enfin le coude est encore un peu gonflé, mais ses mouvements sont libres, quoiqu'il soit un peu sensible.

A l'auscultation du cœur, on entend un roulement présystolique; aucun trouble fonctionnel d'ailleurs du côté de la circulation.

En raison de la localisation et du peu d'intensité des phénomènes articulaires, on pouvait penser à un rhumatisme blennorrhagique, mais il n'existait pas d'écoulement vaginal ou uréthral spécifique.

Diagnostic. — Rhumatisme articulaire subaigu. Traitement : Salicylate de soude, 4 grammes.

23 sept. — Réapparition de la douleur à l'épaule et au coude gauches. La malade s'en plaint à nouveau. Elle ne peut plus remuer son membre ; chaque mouvement produit une exagération de douleurs. T., 38° le matin, 38°5 le soir.

24 sept. — La malade continue à se plaindre de violentes douleurs, malgré le salicylate de soude. Le gonflement articulaire ne paraît pas considérable : la malade redoute l'examen. Elle souffre dès qu'on écarte le membre du tronc. Néanmoins, en présence de la persistance et de l'acuité des douleurs, on fait déshabiller la malade, et voici ce qu'on trouve. Il existe à la face interne du bras gauche une rougeur vive limitée à un trajet rectiligne, allant du creux de l'aiselle au pli du coude. Longue de toute la hauteur du bras, cette traînée rouge a un centimètre environ de diamètre, un et demi sur certains points, notamment au milieu du bras. Cette rougeur s'éteint en diminuant progressivement sur les bords de chaque côté. La face interne du bras sur le même trajet est tuméfié et sur une base œdémateuse où la peau est d'un blanc mat, se dessine un cordon saillant, arrondi, rouge, où la peau offre une température plus élevée que sur les parties voisines. La palpation est impossible le long du cordon rouge, dès qu'on applique le doigt on réveille une vive douleur. Cette douleur est même presque le seul symptôme qui attire l'attention du côté de l'aisselle. Or à la palpation du creux axillaire, on sent un cordon dur et douloureux. Au coude, le long de la branche interne du V du coude, on sent aussi un cordon dont le palper est douloureux. Mais dans tous ces points, il y a plutôt un empâtement qu'une véritable induration.

Pas d'œdème ni au coude, ni à l'avant-bras, ni à la main.

Les phénomènes articulaires à la main et au poignet sont stationnaires.

Diagnostic. — Le diagnostic était facile. Le trajet que suivait ce cordon rouge faisait tout de suite penser à la veine basilique. On avait donc affaire à une phlébite de la basilique.

Traitement. — 1° Immobiliser le membre. On le met dans une écharpe, l'avant-bras fortement fléchi sur le bras. 2° Cataplasmes.

25 sept. — Le gonflement a diminué à la face interne du bras et le cordon rouge se dessine de mieux en mieux : la douleur est moins vive; (l'immobilité a beaucoup soulagé la malade). Elle empêche encore d'imprimer des mouvements au membre.

26 sept. — Le cordon s'accentue d'avantage et devient plus dur ; tout le long de la veine on sent une induration très-nette.

Aujourd'hui on remarque de l'œdème à la partie interne du coude où la peau est blanche, et les tissus sous-jacents gonflés nous présentent une sorte de ballottement. Cet œdème est indolent à la pression et spontanément : il ne se laisse pas facilement déprimer. Il s'élève au tiers supérieur de l'avant-bras.

On peut voir aussi quelques veinules superficielles dilatées.

27 sept. — Même état. Les phénomènes articulaires ont disparu.

28-30 septembre. — L'œdème disparaît au coude et à l'avant-bras : la rougeur a complètement disparu. Il reste encore un cordon dur sous-cutané mais qu'on sent de l'aisselle au coude, il n'est plus douloureux à la pression. Les mouvements ne sont plus douloureux depuis plusieurs jours ; moins on recommande à la malade de les éviter.

Jusqu'au 10 octobre, on sent encore assez nettement le cordon dur et au bras et au coude.

23 octobre. — Il n'existe plus de cordon dur sur le trajet de la veine.

Observation II.

Due à l'obligeance de M. Vimont, interne du service de M. Blachez, hôpital Necker).

Phlébite double rhumatismale.

Gibion (Auguste), 31 ans, entré le 12 mars 1880 dans le service de M. Blachez, à Necker. Cet homme, de constitution assez robuste, compositeur d'imprimerie, n'a jamais été malade. Depuis quelques mois seulement, il a éprouvé de temps en temps dans les principales jointures des douleurs sourdes qu'il mettait sur le compte des courants d'air auxquels il est exposé dans son atelier.

Dans les premiers jours du mois de février, il ressentit des douleurs dans les deux jambes. D'abord légères, elles ne l'obligèrent pas à cesser son travail ; mais au bout de quatre ou cinq jours, elles devinrent tellement fortes, qu'il fut obligé de garder le lit. Un médecin, appelé à ce moment, prescrit des frictions avec le baume tranquille. Les douleurs qui jusque-là étaient restées localisées aux deux mollets gagnè-

rent bientôt les cuisses et le bas-ventre. C'est alors que le malade entra à l'hôpital Necker, service de M. Blachez.

13 mars. — A son entrée, on constate l'état suivant. Peau chaude et moite. Pouls assez fréquent, anorexie, soif assez vive. En un mot, léger état fébrile. Un peu de céphalalgie et de constipation. Sa langue est un peu blanche.

Rien du côté du thorax. Ses membres inférieurs sont le siège de douleurs vives qui empêchent le malade de marcher. Les douleurs existent des deux côtés. Elles ne sont pas plus intenses au niveau des jointures ; il n'y a de rougeur nulle part, mais les veines superficielles sont notablement dilatées. Quand on presse à pleine main les masses musculaires de la jambe ou de la cuisse, le malade accuse une forte douleur. On ne perçoit pas de cordons durs sur le trajet des veines superficielles. Peut-être en existe-t-il sur le trajet des veines profondes, mais l'embonpoint du malade empêche de les percevoir bien nettement.

Traitement. — Purgation avec huile de ricin, 20 grammes. Enveloppement des deux jambes dans de l'ouate imprégnée de liniment camphré opiacé.

17 mars. — Les douleurs ont presque complètement cessé au niveau des mollets. Elles persistent encore aux cuisses et dans le bas-ventre, ainsi que dans la région lombaire où elles sont très-vives. Les deux membres inférieurs offrent un léger degré d'œdème qui remonte jusqu'aux aines des deux côtés. On sent nettement dans le triangle de Scarpa un cordon dur, gros comme le petit doigt qui répond aux veines crurales, droite et gauche obliterées. Le cordon se prolonge en bas sur l'origine des saphènes internes. Le malade a toujours de la fièvre, peu intense le matin (38e-5), plus forte le soir (39e-6).

Le 19. L'œdème a considérablement augmenté et a envahi la peau des régions abdominales inférieures. Pas d'ascite. Pas d'albumine dans l'urine. Rien au cœur, ni aux poumons.

Le 22. Même état. Les douleurs n'existent plus que dans le bas-ventre. Les cuisses et les jambes considérablement infiltrées sont indolores. L'œdème empêche de sentir les cordons veineux indurés que l'on percevait si nettement il y a quelques jours.

A partir de ce moment jusqu'au 14 avril, l'état du malade ne présente rien de particulier à noter. Aucun changement dans l'état local. Cependant le malade ne ressent plus ces douleurs du bas ventre et de

la région lombaire qui l'empêchaient auparavant de dormir. Quant à l'état général il s'est notablement amélioré; la fièvre a disparu, et le malade mange bien.

Le 15. Le malade se trouve mal à l'aise, il a un peu de fièvre. Temp. axillaire 39°.

Le 16. L'état fébrile persiste. La peau est couverte de sueurs. La langue est blanche. Anorexie complète. Temp. axillaire 39° 5.

Le 17. Les deux épaules sont douloureuses. Le coude gauche l'est également. La fièvre persiste. T. le matin, 39, 5

Purgation avec deux verres d'eau de Sedlitz. Salicylate de soude 4 gr. dans une potion gommeuse.

Le 18. Même état. Rien au cœur. T. 39. Salicylate de soude 6 gr.

Le 19. Les épaules et le coude gauche sont moins douloureux. Temp. axillaire, le matin, 38. Même traitement.

Le 20. La fièvre est tombée. Le malade ne souffre plus de ses jointures.

A partir du 22 avril l'œdème des jambes qui jusque-là était resté stationnaire commence à diminuer.

Le 25. On ne perçoit plus qu'indistinctement le cordon dur que formaient les veines crurales droite et gauche dans le triangle de Scarpa. Les veines saphènes internes ne sont plus oblitérées.

Lè 30. L'œdème a presque complètement disparu; les veines profondes paraissent avoir recouvré leur perméabilité-

3 mai. Guérison complète. Le malade part en convalescence à Vincennes.

Observation III (Lelong).

Rhumatismatisme articulaire. Phlébite rhumatismale.

Le 25 novembre 1868 entre à l'hôpital de la Pitié, salle Sainte-Claire, n° 21, service de M. Empis, une femme âgée de 62 ans, exerçant la profession de marchande de gaufres, profession qui peu lucrative d'ailleurs, l'oblige à se tenir l'hiver sous une porte-cochère ouverte à tous les vents.

Cette femme est rhumatisante. Il y a huit ans, elle eut une première attaque de rhumatisme articulaire, aigu sévère et de longue

durée. Depuis lors et surtout dans ces dernières années elle est sujette à des battements du cœur; les membres inférieurs sont fréquemment œdématiés, bien qu'elle n'ait pas de varices; la face est le siège d'une injection capillaire qui y dessine des vaisseaux de coloration variable.

La peau est partout sèche et rugueuse; la malade nous dit avoir souffert longtemps de dartres (du psoriasis sans doute) disparues depuis six mois environ.

Le 23. Sans malaise antérieur, notre malade a été prise d'un frisson violent, puis apparurent des douleurs polyarticulaires qui l'amenèrent à l'hôpital.

Le 25. Jour de l'entrée. l'articulation tibio-tarsienne droite et le genou gauche sont rouges, gonflés, très douloureux, les coudes et les épaules sont aussi un peu gonflés, la pression seule y est modérément douloureuse. Le cou est roide, généralement douloureux spontanément et à la pression; la malade immobilise ses articulations vertébrales quand elle change de position.

La matité cardiaque est augmentée, mais difficile à limiter. A l'auscultation les bruits du cœur sont peu appréciables très sourds; ils paraissent réguliers pourtant : on n'entend aucun bruit anormal.

L'artère radiale bat 108 pulsations, lé pouls est fort et résistant.

Traitement. 2 bouillons. 2 pots de limonade; prendre toutes les deux heures une pilule de 1/2 centigr. de vératrine.

Le 26. Le soir, pouls, 92. La malade a vomi, après la deuxième pilule; elle en prend deux autres jusqu'au lendemain matin.

1er décembre. Pouls 80. L'avant-bras droit, siège d'une ancienne fracture du radius non réduite, et ayant conservé la déformation caractéristique, est un peu œdématié, le dos de la main l'est davantage. La mensuration, pratiquée à la réunion du tiers inférieur, et des deux tiers supérieurs de l'avant-bras, à 17 cent. au dessous de l'épitorchlée donne du côté droit 18 centim. 1/2; du côté gauche 16 centim. 1[2

Le long du bord interne du biceps, on sent, outre l'artère pulsatile, un cordon dur dont la pression cause une douleur presque intolérable. Le bras n'est du reste pas œdématié. Aucun changement de coloration sur les teguments du membre.

Le soir, tous ces phénomènes ont disparu et la mensuration pratiquée des deux côtes au même niveau que le matin, donne 16 cent. 1[2 de part et d'autre; Pouls 84. Moiteur et chaleur générales. Les genoux et les cou-de-pied sont douloureux.

Le 3. Le rhumatisme occupe encore les genoux, et a envahi le poignet gauche et les gaines tendineuses des muscles de l'avant-bras.

Le 4. Pouls 80. La main droite est prise à son tour. La vératrine qui a été bien supportée à la dose de 3 centigr. en 6 pilules, ayant de nouveau occasionné des vomissements est remplacée par le sulfate de quinine 0,60 cent. en 3 paquets.

Le 5. Pouls 100. Douleur au poignet et à l'épaule gauches.

Le 7. Pouls 96. Un peu de vertige déterminé par le sulfate de quinine. Le coude droit seul est aujourd'hui légèrement douloureux.

Le 11. Il ne reste que quelques douleurs erratiques qui disparaissent quelques jours plus tard. La malade commence à manger. Le traitement est suspendu. Les symptômes cardiaques n'ont pas varié depuis le début de la maladie. Quant aux phénomènes si fugaces qui se sont manifestés dans l'avant-bras droit, ils ne se sont pas reproduits.

Observation IV.

Rhumatisme blennorrhagique. Phlébite rhumatismale.

(Recueillie par M. Fouilloux, interne des hôpitaux, dans le service de M. Isambert).

X... âgé de 17 ans, apprenti boucher, entre le 6 février 1869 à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Michel, n° 14, service de M. Isambert.

7 février. Le malade est dans l'état suivant : état saburral de la langue, qui est rouge à la pointe et sur les bords; inappétence absolue ; aciés rouge, céphalalgie vive. Abdomen plutôt aplati que ballonné; un peu de gargouillement iléo-cæcal.

Contractions fibrillaires isolées du biceps, pouls 100; température axillaire 38° 3/5; respiration 28 par minute.

Tuméfaction du testicule gauche, affectant principalement l'épididyme qui est très douloureux à la pression et spontanément, surtout dans la portion déclive. Le cordon spermatique volumineux, est égale ment douloureux; phimosis assez prononcé, qui permet pourtant de découvrir le méat urinaire rouge, d'ou s'écoule une sérosité louche.

Il existe du lombago et une arthralgie polyrarticulaire siégeant surtout

dans les membres inférieurs et sur le membre supérieur du côté droit qui, du reste, a été il y a quelques jours soumis à une cause de contusion assez violente.

Diagnostic. — Blennorrhagie, orchite blennorrhagique, rhumatisme.

Traitement. — Repos au lit; tisane de graine de lin; copahu et cubèbe; suspension du testicule malade, à l'aide de la plaque de gutta-percha; 3 sangsues sur le trajet du cordon.

Le 6. Facies rouge, peau chaude et sèche; 40° 1/5.

Le testicule droit se prend à son tour; œdème et coloration rouge du scrotum; épanchement douloureux du genou gauche.

Gonflement douloureux et rouge du bras droit, avec sensation de cordon arrondi, noueux, le long du trajet de la veine humérale, membre arrondi *en gigot*.

Douleur dans le côté droit.

Prescription. — Emétique en lavage.

Le 9. Epistaxis dans la journée, langue sèche, rouge à la pointe; pouls 116; dicrote et dépressible; respiration 32.

Température axillaire 40° 1/5 ; le reste *ut suprà*. Le malade est toujours dans un état typhoïde assez prononcé, le bras droit toujours aussi gonflé.

Prescription. — Sulfate de quinine 0,50 centigr.; vésicatoire sur le genou gauche.

Le 11. La fièvre est tombée; la langue est encore un peu sèche; le gonflement du bras est maintenant peu douloureux; la rougeur disparaît, la résistance générale est moindre; le membre est surtout œdémateux.

L'orchite est, des deux côtés, beaucoup moins volumineuse et moins douloureuse; la peau des bourses est le siège d'une desquamation étendue.

L'écoulement uréthral est toujours insignifiant.

Le 12. Même état; l'orchite, surtout celle du côté gauche, est en voie de guérison rapide; la tuméfaction du bras est de plus en plus œdémateuse; on sent de plus en plus en plus distinctement sur le trajet de la veine humérale un cordon dur, douloureux, et, de loin en loin des nodosités saillantes.

Toujours sulfate de quinine (0,50 centigr.); sur les parties douloureuses friction d'onguent napolitain belladoné et cataplasmes.

Le 14. Deux frictions de chacune dix minutes, dans la journée; lan-

gue sèche, insomnie, soif vive; pouls 112; respiration 26; température axillaire 39° 2/5.

L'orchite va toujours s'améliorant; l'écoulement uréthral n'augmente pas.

L'empâtement du membre supérieur droit se limite en une tuméfaction œdémateuse de la face interne du bras; vers la partie moyenne seule, une teinte bleuâtre, des restes d'ecchymoses indiquent l'état phlegmoneux antérieur du membre et peut-être la contusion qu'il a subie.

Mais, d'autre part, le membre inférieur gauche situé dans la demi-flexion et la rotation en dehors est douloureux spontanément et à la pression; il est augmenté de volume, et le siège d'un empâtement général, sans rougeur à la peau sauf au niveau du point où la saphène se jette dans la veine fémorale. On n'y sent pas de cordon induré.

De son côté le membre inférieur droit est aussi immobile et douloureux à la pression; il est dans l'extension et la rotation en dedans. Pas de tuméfaction.

Le 15. Le gonflement du bras droit et de la jambe gauche diminue, le membre inférieur droit devient plus douloureux, surtout au niveau du triangle de Scarpa et quand on exerce une pression sur ce point, l'articulation tibio-tarsienne aussi est extrêmement sensible.

L'état général est encore assez mauvais; pouls 116; respiration 36; température axillaire 39° 3/5.

Le 16. L'état général s'améliore. Pouls 112; respiration 24, toutefois le malade a eu encore 6 selles dans les vingt-quatre heures et deux légers frissons, langue humide.

Le 17. Pouls 96. Respiration 24. Le soir il a eu vers une heure, encore un léger frisson; pouls 114; respiration 24.

Température 39° 3/5.

Le 18. Pouls 112, fort et plein; respiration 24; température 39° 1/85; l'œdème du bras droit bien que limité à une portion du bras peu étendue est considérable en ce point; le cordon formé par la veine est très appréciable au toucher.

Le 24. L'état général satisfaisant; l'œdème du membre supérieur droit se limite de plus en plus à la partie interne du bras mais les deux membres inférieurs sont complètement œdématiés du pied au pli de l'aine qui est le siège d'un engorgement ganglionnaire considérable de chaque côté; la douleur y est très vive; mais elle est considérable-

ment et rapidement diminuée par la suspension du membre dans une sorte de hamac à claire-voie; elle reparaît en même temps que l'engorgement se prononce davantage quand on néglige quelque temps cette suspension.

Le sacrum est érythémateux, avec tendance aux eschares.

Toujours pas d'écoulement uréthral.

2 mars. La santé va toujours s'améliorant.

Les symptômes de la phlébite du membre inférieur suivent la même marche décroissante; l'engorgement des membres inférieurs diminue urtout à droite.

Le genou gauche reste le siège d'un épanchement qui a nécessité le 27 février, l'application d'un second vésicatoire. Julep avec teinture de colchique.

Le 6. L'état général est tout à fait satisfaisant; le pouls garde seulement un peu de fréquence vers le soir (116).

Au bras droit, on ne sent plus [que l'induration du tissu cellulaire sous-cutané à la partie inférieure et interne. La jambe droite qui n'est plus suspendue depuis quelques jours, est encore un peu œdématiée; les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne y sont douloureux et difficiles; le genou gauche est encore gonflé, demi fléchi ne peut supporter aucun mouvement; les tentatives d'extension, qui ne donnent presque aucun résultat y déterminent des craquements articulaires; le gonflement paraît dû à l'empâtement des tissus plutôt qu'à la présence de liquide dans l'article; sur le tronc, desquamation furfuracée; la peau est partout un peu sèche.

On place le membre gauche dans une gouttière metallique pour obtenir l'extension. Julep avec iodure de potassium 0,50 centigr. par jour.

Le 10. Le gonflement du genou gauche diminue mais lentement. Frictions iodées tous les deux jours; alimentation.

1er avril. Le malade est entré franchement en convalescence, et pourtant il existe un peu d'œdème des bras; celui des membres inférieurs persiste aussi surtout à gauche, bien qu'il [diminue peu à peu, mais le genou gauche reste gros, l'articulation est entourée de tissus épaissis, indurés, qui n'ont pas de tendance à se résorber. Applications de quelques raies de feu pour accélérer cette résorption.

Le 15. L'amélioration continue à se faire lentement; mais le malade

ne se lève pas encore et tout fait craindre qu'il ne reste longtemps à l'hôpital.

Observation V.

(Revue médicale, 1848. Extrait d'un mémoire intitulé : Observations cliniques sur quelques formes peu connues du rhumatisme par M. Renouard)

Mme L..., maîtresse blanchisseuse, âgée de 35 ans, est d'une complexion faible, et d'une santé délicate.

Le 14 juillet 1838, elle éprouva, en descendant de son lit une petite gêne à l'articulation du pied droit; cette gêne s'étant dissipée au bout de quelques instants, elle put sortir dans la matinée comme à son ordinaire, mais à son retour, quand elle eut pris un peu de repos, il lui fut impossible de se lever de sa chaise. Aussitôt qu'elle essayait de poser le pied sur le sol, elle y ressentait une vive douleur qui la forçait de s'asseoir et de tenir sa jambe horizontalement portée sur un coussin. Il n'y avait autour de l'articulation, ni rougeur, ni gonflement, et la pression de la main n'y développait aucune sensibilité anormale.

Je ne la revis pas de trois jours. Dans la matinée du quatrième, c'est-à-dire le 18 juillet, je fus mandé de nouveau. Le malade me raconta que depuis ma première visite, elle avait beaucoup souffert, tantôt au pied, tantôt au jarret, tantôt à la cuisse; que la douleur passait d'une jambe à l'autre sans qu'on aperçût aucun changement au dehors, qu'enfin elle avait quitté les membres inférieurs et sauté aux bras.

Voici maintenant ce que j'observai: il restait un peu de gène à l'articulation du pied droit et au jarret du même côté. Le bras droit présentait, au lieu d'élection de la saignée, une surface rouge de 5 à 6 centimètres de long sur 1 cent. et demi de large. On distinguait, à la vue, et on sentait avec le doigt sous cette surface rouge, la veine céphalique augmentée de volume, tendue et arrondie comme une corde. La plus légère pression y est insupportable. Le membre est forcément dans l'extension. La veine céphalique du bras gauche offrait, au devant du coude les mêmes caractères, plus tranchés encore. La douleur y remontait jusqu'à l'épaule. En outre, on remarquait, sur le trajet de la veine radiale un peu au-dessus du poignet, une petite tumeur dure, peu saillante, d'un rouge vif, très sensible au toucher ayant à peu près la circonférence d'une pièce de 50 centimes. Prescription : limonade citrique, diète, bain de deux heures, repos au lit.

Le 20. Les membres pelviens sont dégagés entièrement et peuvent se mouvoir en tous sens. La douleur de la veine céphalique du côté droit, un peu diminué, mais au bras gauche elle est plus intense et continue : elle prive le malade de sommeil et excite la fièvre. La moindre pression sur le trajet de cette dernière veine est insupportable. Le membre, posé sur des oreillers, demeure dans une extension et une immobilité complètes.

Le 22. Le bras droit s'améliore lentement; sur le bras gauche, la petite tumeur de la veine radiale est réduite plus qu'à moitié; mais l'inflammation de la céphalique, loin de décroître prend de l'extension en remontant vers le tronc. Elle gagne déjà les jugulaires. La fièvre est augmentée, le pouls donne 104 pulsations.

Le 26. La douleur de la veine céphalique gauche s'étend, d'une part vers la poitrine, par la sous-clavière, et de l'autre remonte le long du cou par la jugulaire. La malade ne peut tourner la tête ; elle éprouve de la céphalalgie. Le pouls a pris de la force et du développement en conservant sa fréquence de 104 pulsations.

Le 28. Hier, la douleur s'est fait sentir un instant à la région cardiaque : il y eut menace passagère de syncope.

Le 29. Le cordon formé par la veine céphalique du bras droit au devant du coude, a beaucoup perdu de sa grosseur et de sa dureté; la peau qui recouvre cette veine n'est plus rouge ; la flexion de l'avant-bras est possible jusqu'à un certain degré. — Sur le bras gauche, l'inflammation décroit également ; elle paraît avoir abandonné la jugulaire et la sous-clavière. La douleur ne dépasse plus l'épaule. Les mouvements du cou sont moins gênés.

Le 30. La douleur est très aiguë à l'épaule gauche ; la fièvre est un peu augmentée, cependant tous les autres symptômes tendent à s'améliorer.

Le 31. Le bras droit est totalement dégagé, le gauche marche lenment vers la guérison.

Le 5 août. La douleur est bornée à l'articulation scapulo-humérale gauche.

Le 15. Le bras gauche se dégage; on peut lui imprimer quelques mouvements sans occasionner des souffrances.

Le 5 septembre. Etat général excellent, cette femme acquiert plus d'embonpoint qu'elle n'en avait avant sa maladie, néanmoins le bras gauche n'est pas encore entièrement débarrassé. Lorsque la malade

est debout, si elle laisse ce bras pendant, elle éprouve à l'articulation de l'épaule une fatigue douloureuse qui la force à soutenir son membre avec une écharpe.

Le 26. Les mouvements du bras gauche sont libres dans presque tous les sens, cependant la malade ne peut encore se coiffer elle-même ni porter sa main derrière son dos. Si elle essaye d'exécuter ce mouvement, elle ressent une douleur obtuse entre les deux tuberosités de l'humérus.

Le 2 octobre. Guérison parfaite.

Observation VI.

(Thèse Champouillon. Gazette des hôpitaux, 1864).

Rhumatisme goutteux. Phlébite.

M. Charles X..., 46 ans, d'une constitution robuste et pléthorique, a contracté de bonne heure l'habitude de la vie sédentaire et d'un régime alimentaire opulent. De bonne heure aussi, il a été sujet à des attaques de rhumatisme goutteux, généralement bénignes et de courte durée.

Cependant le 5 août 1862, M. X...., éprouva tout à coup des élancements très vifs dans le gros orteil gauche; le surlendemain l'articulation tibio-tarsienne du même côté était devenue rouge, tuméfiée, mais assez peu sensible, tandis que le centre du mollet était le siège de douleurs atroces rayonnant vers le creux poplité et la face interne de la cuisse.

Trois jours plus tard, c'est-à-dire le 9, le membre tout entier a acquis un volume considérable; les veines saphènes se montrent en relief dans toute l'étendue de la jambe ; elle forme un cordon rouge et induré. La saphène interne présente particulièrement, au devant des muscles adducteurs et droit interne, une saillie moniliforme. Bientôt le réseau des veines superficielles participe à cet état de dureté, de rougeur, et de sensibilité.

Le 18. — Un commencement d'infiltration séreuse envahit et décolore le pied, ainsi que les malléoles ; de larges ecchymoses apparaissent avec tous les caractères d'une origine profonde, au-dessous du condyle interne, et de chaque côté du tendon d'Achille. Au repos, les douleurs sont assez tolérables, mais elles s'éveillent avec force dès

qu'une pression, même légère, s'exerce sur le trajet des veines ou sur la partie moyenne du mollet.

Après un mois, l'état des veines superficielles s'est considérablement amélioré. Au toucher, on ne perçoit plus que de petits tronçons épars d'induration. Les ecchymoses ont surtout disparu et n'ont point été remplacées. Le mollet, un peu détendu, est toujours très-volumineux; en le palpant, douleurs assez vives, de même quand il marche.

Vers le soixante-dixième jour de la maladie, les rameaux extérieurs des saphènes se sont affaissés; le mollet est toujours empâté, ainsi que la totalité du pied ; une légère teinte se remarque aux orteils et au pourtour des malléoles. Le malade éprouve la sensation d'un engourdissement et d'une pesanteur incommodes, depuis le genou jusqu'à l'extrêmité du pied. Quelles que soient les précautions que l'on prenne pour la réchauffer, la peau du membre reste continuellement glacée, phénomène d'ailleurs inséparable des difficultés de la circulation et de l'innervation dans les régions des membres pelviens tuméfiés par l'œdème.

Tous ces résultats à peu près négatifs et la persistance de l'œdème, rendaient très-vraisemblable l'idée d'une oblitération plus ou moins complète des veines profondes du mollet par suite de leur inflammation, et peut-être aussi de la formation de caillots obturateurs. Après bien des alternatives, M. X... se rendit à Contrexéville (août 1874), pour y suivre un traitement par les eaux. La cure fut des plus heureuses, car, depuis cette époque, jusqu'à ce jour (24 novembre) il ne s'est plus manifesté aucun signe de récidive. Le membre, totalement dégagé, a recouvré la force et l'énergie habituelle de ses mouvements.

DE LA PHLÉBITE GOUTTEUSE.

Paget a attiré le premier l'attention en 1865, sur des cas de phlébite survenant chez des individus de constitution goutteuse et se rattachant manifestement d'après lui à la diathèse urique. Cette plébite qu'il nomme goutteuse (Gouty phlébitis), a été décrite après lui par Prescott Hewett en 1873, la description de ce dernier est la confirmation de celle de Paget. Enfin, Fuckwell en 1874 dans son mémoire publié dans les reports de St Bartholomew, a fait connaître trois nouveaux cas intéressants qui viennent à l'appui des observations de Paget, et que nous rapportons plus loin. Ces trois auteurs sont les seuls qui parlent de la phlébite goutteuse. Il n'en est pas fait mention dans le Traité de la Goutte de Garrod non plus que dans les différents traités de pathologie, au chapitre consacré à l'étiologie de la phlébite.

En France cette forme de phlébite ne se trouve nulle part indiquée. Elle ne semble pourtant pas fort rare en Angleterre, d'après les observations de Paget et Fuckwell. La fréquence de la phlébite goutteuse en Angleterre s'explique sans doute par le nombre beaucoup plus grand de goutteux que l'on y rencontre.

Fuckwell dit, dans son mémoire (1), qu'il ne se passe pas d'années qu'il n'ait l'occasion d'en voir quelques cas dans lesquels l'une des jambes se gonfle par le fait d'une thrombose intervenant et où on ne signale aucune condition ca-

(1) St Bartholomew, Hospital Reports, vol. X, 1874, p. 24.

pable de produire cette coagulation. Les personnes atteintes de cette forme de phlébite sont plus souvent des hommes. On ne trouve indiqué dans les commémoratifs, ni syphilis ni aucun traumatisme, ni ulcération du membre atteint, ni abcès, ou tumeur comprimant les veines iliaque ou crurale, et quand on fouille l'histoire de la maladie, on trouve la goutte articulaire ou chez le malade lui-même, ou chez quelqu'un de ses ascendants. Tantôt on ne trouve chez lui que des manifestations de goutte viscérale, gastrique, rénale, etc., parce que la goutte peut rester larvée chez un sujet sans jamais présenter de manifestations franches.

L'influence de l'hérédité peut même se faire sentir sur la localisation de la manifestation goutteuse, et la tendance à la phlébite paraît se transmettre dans certaines familles de goutteux. Un des malades de Paget qui avait eu une phlébite goutteuse par poussées successives dans les deux saphènes pendant une attaque de goutte aiguë, avait son père et sa grand'mère maternelle goutteux, et parmi ses parents du côté maternel, sa mère, deux oncles, sa grand' mère et deux cousins avaient eu des inflammations veineuses. « Et je ne puis douter, ajoute Paget, que parmi les cas de phlébite qui sont appelés communs et qu'on croit pouvoir attribuer au froid ou à quelque cause entièrement externe, beaucoup pourraient être rapportés à la diathèse goutteuse, quoique atténuée et modifiée pour sa transmission héréditaire » (1).

La siège de l'inflammation est surtout le système veineux des membres inférieurs, et en particulier le système veineux superficiel. C'est en général la saphène interne, d'autres fois la saphène externe ou quelqu'un de leurs

(1) Paget. Clinical lectures and essays, edited by H. Marsh, p. 292.

rameaux qui s'enflamme ou s'oblitère. Parfois pourtant la veine fémorale est prise.

Un des caractères importants de la phlébite goutteuse est de procéder par poussées successives et limitées, attaquant un jour une des portions de la saphène par exemple, le lendemain une autre; puis gagnant une autre veine ou veinule voisine, souvent elle passe à la saphène du côté opposé, envahissant de parties symétriques. « Elle dénote par là, dit Paget, une tendance évidente à la métastase et à la symétrie. » Cette tendance à la métastase ou mobilité est un trait si caractéristique de la maladie que le titre de «phlébites ambulantes » employé par M. Lancereaux pour les phlébites rhumatismales ou goutteuses, leur convient parfaitement. Il dit : « les phlébites rhumatismales et goutteuses se distinguent par leur siège aux membres inférieurs, et principalement aux veines superficielles de ces membres, par leur mobilité et le défaut de suppuration. » (1)

Le début est d'ordinaire brusque, une douleur plus ou moins vive est d'abord ressentie au point qui va devenir la siège d'une coagulation sanguine. La portion enflammée de la veine devient bientôt dure et très ferme. Elle reste douloureuse spontanément et très sensible au toucher. On trouve bientôt, si la phlébite est superficielle, un cordon plus ou moins net, dur, douloureux. Les téguments dans ces cas sont légèrement épaissis et présentent une coloration d'un rouge foncé. Lorsque les veines sous-cutanées sont seules atteintes, les signes locaux se bornent là; il n'y a que peu ou pas d'œdème des membres. Mais lorsque les fémorales ou les poplitées sont prises, on a tous les signes habituels de l'obstruction veineuse complète. Le

(1) Loc. cit., p. 158.

membre devient gros, informe, lourd, raide; la peau est froide, d'une couleur blanc pâle; mais plus souvent elle a une légère teinte livide partielle que l'on peut reconnaître par comparaison avec l'autre membre et présente des marbrures formées par des veinules cutanées manifestement distendues. Le membre ainsi augmenté de volume paraît œdématié dans toute son épaisseur, la consistance est ferme, la peau tendue ne cède pas facilement à la pression et ne se déprime pas profondément. Cet état peut être très marqué alors qu'une petite portion de la veine est seule affectée; il permet de reconnaître la phlébite même quand cette portion, comme la partie inférieure de la poplitée, est si profondément située qu'on peut à peine la sentir.

Les symptômes généraux sont en général peu marqués si la phlébite arrive isolément; à peine observe-t-on une légère réaction fébrile; quand elle est associée à une poussée articulaire on a les phénomènes d'une attaque de goutte ordinaire plus ou moins aiguë suivant les cas.

Comme la phlébite rhumatismale, la phlébite goutteuse peut se terminer par résolution et les douleurs disparaissent; le caillot se résorbe et tout revient à l'état normal. Dans d'autres cas la thrombose persiste, l'obstruction paraît complète et permanente. Si la veine enflammée est un tronc volumineux le membre reste œdématié, volumineux, pesant; les veines superficielles se dilatent et deviennent variqueuses. Si la veine est de second ordre, il reste simplement un cordon induré qui ne gêne en aucune façon les fonctions du membre comme dans l'observation de Tuchwell. Dans les deux cas d'ailleurs le malade reste disposé à des récidives fréquentes qui se produisent sans cause apparente, ou bien sous l'influence d'une fatigue

légère, d'une maladie insignifiante, d'un changement de saison. Parfois l'inflammation de la veine annonce une attaque de goutte articulaire.

Mais le fait le plus important, celui qui parait ressortir le plus nettement des observations publiées de phlébites goutteuses, c'est la fréquence de l'embolie pulmonaire. Dans deux des trois cas de Tuckwell la mort fut la conséquence de cette complication ; dans un des cas l'autopsie put être faite, et on trouva un gros caillot déchiqueté et irrégulier obstruant une des divisions de l'artère pulmonaire; ce caillot s'adaptait lui-même à la tête du caillot oblitérant la veine fémorale. L'observation de Paget est aussi un cas d'embolie mortelle. Le même auteur dit avoir vu depuis un autrecas d'embolie fatalé pendant la convalescence d'une phlébite goutteuse.

L'embolie pulmonaire est donc une complication fréquente de la phlébite goutteuse, et *peut-être* bien des cas de ce que Garrod appelle goutte rétrocédée au cœur ne sont-ils autre chose que des faits d'embolie veineuse projetée dans l'artère pulmonaire. Les symptômes indiqués par Garrod ressemblent en effet beaucoup à ceux que nous trouvons décrits dans le observations de Paget et de Tuckwell. « Quand la goutte rétrocédée porte son action sur le cœur, dit Garrod, on constate un sentiment de constriction dans la poitrine, des palpitations violentes, une grande anxiété, de la difficulté à respirer ; on remarque en même temps un pouls petit, filiforme, et d'autres signes de syncope. Un exemple bien accusé de cette forme de la goutte rétrocédée a été observé par le docteur Alexander. Il s'agit d'un homme qui, en proie à de violents accès de goutte siégeant à l'un des pieds, eut l'imprudence de couvrir de neige les parties tuméfiées ; il éprouva d'abord un

grand soulagement, mais bientôt survint une sensation de brûlure et de constriction à la base du thorax. On trouva le malade assis dans son fauteuil ; une pâleur mortelle avait remplacé la coloration habituellement assez vive de son visage : la respiration était extrêmement lente et difficile ; le pouls à 40 presque insensible. Il se remit à l'aide de stimulants et de révulsifs. » (1)

L'embolie n'est pas toujours mortelle ; la troisième observation de Tuckwell prouve que la guérison est possible. Et il faut remarquer en outre que le malade de sa première observation eut deux crises d'oppression attribuables à une obstruction subite d'une artère pulmonaire, et que la mort ne survint qu'à la troisième crise, six ans après les deux premières. Paget dit aussi : « je pense avoir observé une embolie pulmonaire incomplète dans deux cas où, pendant une phlébite goutteuse ou rhumatismale, il survint presque subitement un embarras de la respiration et des mouvements désordonnés du cœur ; tout cela disparut lentement, mais complètement. »

Le *diagnostic* de la phlébite goutteuse n'est pas une vaine satisfaction de clinicien. Il est important d'en connaitre l'existence et de savoir la rechercher aussi bien pour prévoir les accidents qui peuvent en être la conséquence que pour prévenir des confusions et des erreurs avec certaines formes de thromboses cachectiques.

Il est bien évident d'abord que si la phlébite se produit dans le cours d'une attaque de goutte articulaire, le diagnostic ne présente aucune difficulté. De même si elle est suivie au bout de quelques jours de manifestation goutteuse sur une ou plusieurs jointures. Dans ces cas, il suffit

(1) Garrod. La goutte, sa nature, son traitement, p. 560.

de connaître les symptômes de la phlébite pour diagnostiquer la localisation anormale de la goutte sur les parois veineuses.

Mais les choses se présentent parfois autrement : un goutteux avéré est pris brusquement d'étouffements, de suffocation, comme dans la première observation de Tuckwell; le médecin, appelé en toute hâte, constate des phénomènes dypsnéiques, qui, d'autres fois, ont cessé quand il arrive ; il trouve encore le malade anxieux, le pouls fréquent; les battements du cœur faibles, sourds. Si les choses en restent là, il croira à quelque phénomène obscur de rétrocession goutteuse sur le muscle cardiaque; il diagnostiquera une dégénérescence graisseuse du myocarde avec menace de syncope, etc., comme dans l'observation de Garrod que nous avons citée plus haut. Si l'accès de dyspnée est suivi d'une expectoration sanguinolente, de crachats hémoptoïques, pendant plusieurs jours, avec présence de râles sous-crépitants en foyers disséminés ou localisés dans une base, il pensera à une congestion, à une apoplexie pulmonaire, et il admettra encore quelque affection latente du cœur.

Or d'après les observations que nous avons rapportées de Paget et Tuckwell, ces symptômes sont souvent la conséquence d'une embolie de l'artère pulmonaire, partie d'une coagulation sanguine qui s'est formée dans les veines enflammées du membre inférieur. La connaissance de ce fait engagera donc le médecin, en présence d'accidents de ce genre, à chercher dans les veines superficielles de la jambe ou de la cuisse, s'il n'existe pas quelque thrombose ancienne due à une phlébite antérieure, ou si une nouvelle poussée de phlébite ne s'est pas faite à ce moment du côté de ses veines.

D'autre part il est un autre genre d'erreur qu'il faut se garder de commettre. On sait, depuis que Trousseau a appris à connaître cette coïncidence, que, chez un homme arrivé à l'âge moyen de la vie, maigrissant sans symptômes bien nets autres que quelques troubles dyspeptiques, la production subite d'une *phlegmatia alba dolens*, en général dans un des membres inférieurs doit faire songer immédiatement à un carcinome de l'estomac évoluant sourdement. Or, il n'est pas impossible qu'un goutteux n'ayant d'autre manifestation de la diathèse urique qu'une dyspepsie plus ou moins marquée, une phlébite du genre de celles que nous avons décrites vienne à se produire indépendamment de toute localisation goutteuse articulaire. On comprend tout de suite l'intérêt qu'il y a, aussi bien au point de vue du pronostic qu'au point de vue du traitement, à ne pas prendre une phlébite goutteuse pour une phlegmatia symptomatique d'un cancer. Pour ne pas commettre l'erreur il faut étudier à la fois l'état général du sujet et les caractères mêmes de la lésion veineuse, aussi bien que des troubles dyspeptiques.

Quand la phlegmatia se produit dans le cancer de l'estomac, le malade est déjà notablement affaibli, amaigri plus ou moins cachectique. Les goutteux, au contraire, sont en général vigoureux, pléthoriques, et en dehors des phénomènes gastriques, leur état général est satisfaisant. Il ne faut pas oublier toutefois que ce facies classique du goutteux n'est pas constant, et qu'on voit parfois des individus atteints par la goutte amaigris et cachectiques. Mais dans ce cas il existe d'ordinaire des lésions articulaires multiples. Il faut se rappeler, d'autre part, que le cancer de l'estomac se développe fréquemment chez les individus arthritiques et qu'il peut être précédé pendant de longues années par des phénomènes purement dyspeptiques.

La dyspepsie du cancer est caractérisée par des vomissements glaireux, puis alimentaires; par le dégoût de la viande, une douleur sourde à l'épigastre. Les caractères donnés par Garrod à la dyspepsie goutteuse sont les suivants : il y a de la cardialgie, des éructations, des oppressions, souvent de la somnolence après le repas. On éprouve un sentiment de plénitude à l'épigastre et quelquefois, en outre, cette région est douloureuse. La région hépatique est quelquefois tuméfiée; le bord du foie s'abaisse au-dessous des côtes et est sensible à la pression. Le ralentissement du cours du sang dans la veine porte et la congestion hépatique sont des accompagnements fréquents de cette forme de dyspepsie. La langue est chargée, rouge à la pointe et sur les bords; en même temps la bouche est amère et pâteuse; la salive paraît souvent plus visqueuse que dans l'état normal.

On peut ajouter à ces signes les caractères de l'urine. Dans le cancer de l'estomac l'urine est pâle, décolorée, la quantité d'acide urique reste au dessous du taux normal. Au contraire les urines de la dyspepsie goutteuse sont rares, hautes en couleur, très acides; par le refroidissement il se forme un dépôt abondant d'urates ou un sédiment composé d'acide urique cristallisé, et dont la coloration varie du rouge brique au jaune pâle.

Enfin tandis que la phlegmatia alba dolens porte *sur les veines du mollet, sur la poplitée et* sur les fémorales, nous avons vu que la phlébite goutteuse est, au moins au début, le plus souvent superficielle, localisée aux saphènes, se portant d'un point à un autre, souvent bilatérale symétrique. Elle peut cependant atteindre les grosses veines profondes, et alors l'aspect du membre ne diffère pas de celui de l'œdème blanc douloureux. Dans ces cas, c'est sur

l'état général du malade, et sur les caractères de la dyspepsie qu'il faut surtout s'appuyer pour établir le diagnostic.

Quant au diagnostic entre la phlébite rhumatismale et la phlébite goutteuse, il est facile et l'erreur ne semble guère possible. La phlébite rhumatismale se produit dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu avec des symptômes très marqués, une douleur très vive, une rougeur prononcée sur le trajet de la veine malade : celle-ci est d'ordinaire une veine profonde. La marche est régulière, et la terminaison heureuse; au contraire, la phlébite goutteuse se produit avec moins de fracas, mais elle est d'une tenacité plus grande. Elle atteint les veines superficielles des membres inférieurs, sautant d'un point à un autre, puis gagnant le membre du côté opposé. Elle peut laisser des oblitérations localisées. Une première atteinte en annonce presque assurément une autre dans un temps plus ou moins proche. L'œdème, conséquence de la thrombose, est lent à disparaitre, reparaît à la moindre rechute. Enfin, l'embolie pulmonaire, dont on ne trouve pas d'exemple dans les cas de phlébite rhumatismale authentique est en quelque sorte la règle dans la phlébite goutteuse. Parfois plusieurs embolies peu volumineuses précèdent l'embolie dernière qui amène la mort. La phlébite goutteuse est donc aussi nettement distincte de la phlébite rhumatismale que l'attaque de goutte articulaire l'est de l'attaque de rhumatisme aigu.

Observation VII.

Phlébite goutteuse du membre inférieur droit. Syncope passagère. Phlébite du membre inférieur gauche. Nouvelle syncope, cette fois mortelle. Embolie pulmonaire probable.

(Paget. Clinical Lectures and Essays, p. 296).

Un homme de notre profession que je vis avec le Dr Ferguson et M. Morgan, souffrait d'une attaque de goutte grave et prolongée, comme il en avait eu plus d'une auparavant. Pendant le cours de cette attaque, il présenta des signes de phlébite dans des portions limitées des veines de la cuisse et de la jambe droites. Antérieurement il avait été atteint trois fois de phlébite par différentes causes. Il était suffisamment guéri pour descendre l'escalier et s'occuper à écrire, lui-même se croyait convalescent ; mais ayant monté l'escalier pour se rendre à sa chambre à coucher, il tomba comme dans une syncope profonde et resta ainsi près d'une heure respirant très-péniblement, à peine conscient, le pouls petit et agité. Au bout de quelques heures, il paraîssait tout à fait remis. Le lendemain et surlendemain, nouvelle attaque de phlébite, pareille à la première dans le membre inférieur gauche. Nous examinâmes la poitrine et ne découvrîmes qu'une légère crépitation avec faiblesse du mouvement respiratoire à la racine d'un des poumons. Tout sembla aller bien pendant trois jours, et le malade n'eut aucun signe ni menace de malaise sérieux. Mais cinq à six jours après la première syncope, comme il s'asseyait sur la chaise percée, il tomba en avant et mourut rapidement avec de nouveaux signes de syncope et de faiblesse de la respiration.

Observation VIII.

Phlébite goutteuse de la saphène interne. Première embolie pulmonaire. Guérison. Six ans après, nouvelle phlébite de la saphène. Embolie pulmonaire. Mort.

(Obs. I de Tuckwell Saint Bartholomew's. Reports, vol. X, 1874, p. 25).

Un homme de 60 ans fut pris brusquement d'une oppression dou-

loureuse dans la région du cœur avec difficulté de la respiration. — Ces symptômes s'amendèrent un peu sous l'influence du traitement, mais le laissèrent très-épuisé. Je le trouvai couché sur le dos, le regard anxieux, respirant avec peine et se plaignant d'une douleur dans la région précordiale. Pouls, 100, faible, intermittent. Bruit systolique dans la région du cœur. Pas d'albumine dans l'urine qui est chargée d'urates.

La saphène interne gauche était oblitérée par un caillot qui pouvait être senti comme une corde dure tout le long du trajet de la veine jusqu'à son abouchement dans la fémorale. Ce cordon était peu sensible au toucher ; mais il n'y avait ni chaleur, ni gonflement de la jambe.

Depuis plusieurs années, cet homme souffrait de dysepsie qu'on avait attribuée à la goutte larvée, et pour laquelle il avait été traité avec succès par les eaux allemandes. Il n'avait jamais eu d'attaques de goutte proprement dite, mais son père était goutteux. Il y avait deux semaines que la veine s'était enflammée et oblitérée ; le caillot avait commencé à la face interne du genou et s'était ensuite étendu en haut et en bas. Le malade, qui menait une vive active, n'avait jamais attaché grande importance à cette oblitération veineuse, jusqu'au jour où survint l'attaque soudaine dont nous avons parlé.

Le lendemain, 21 septembre, la sensation d'oppression avait disparu : le souffle cardiaque ne s'étendait plus ; les bruits étaient nets. Pouls régulier.

22 septembre. — Douleur plus vive dans le côté gauche. Crachats sanglants mêlés de mucus. Souffle bronchique avec bronchophonie dans la base du poumon gauche.

Cet état persista jusqu'au 4 octobre ; il continuait à cracher une matière sanguinolente ; les signes physiques restaient les mêmes.

A partir du 5, le malade alla mieux ; il semblait complètement remis, lorsque le 30 il fut pris d'un frisson, suivi de vives douleurs dans le côté gauche. Le même soir, le Dr Batt, appelé à la hâte, le trouva baigné d'une sueur profuse ; pouls à peine perceptible ; pupilles dilatées ; le côté gauche de la poitrine était immobile. Il pratique la respiration artificielle en lui comprimant le thorax avec les mains. Le malade respire alors ; il reprit connaissance et dit : « La douleur est moindre. »

31 octobre. — Il crache en toussant le même sang noir, et accuse

dans le côté gauche la même douleur qu'il éprouvait lors de la première attaque. Souffle bronchique et râles crépitants plus abondants dans la base gauche.

2 novembre. — La nuit dernière, douleurs dans les jointures de la main gauche ; aujourd'hui, inflammation goutteuse bien marquée de cette main.

A dater de ce jour, il alla mieux ; la respiration redevint normale ; le cordon veineux disparut ; la goutte abandonna la main. — Le malade vécut encore six ans, se plaignant seulement de temps à autre de ses anciens troubles dyspeptiques. En novembre 1870, il fut repris des mêmes accidents qu'au mois de septembre 1864. Je ne l'ai pas observé dans cette dernière maladie ; mais j'extrais le résumé suivant des notes que m'a obligeamment envoyés le Dr Batt :

Le malade fut pris, en novembre 1870, de douleurs le long de la saphène interne, avec thrombose de cette veine commençant à la face interne du genou, remontant d'une part vers la veine fémorale et descendant de l'autre vers le cou-de-pied. Son expectoration était un peu sanguinolente. Il commença alors à souffrir du côté gauche de la poitrine, les crachats encore sanguinolents. Le 19 novembre, douleurs violentes dans le côté gauche ; souffle tubaire dans la base gauche ; crachats de mucus glaireux, striés de sang noir.

Le 22 novembre, il allait mieux ; la veine n'était plus douloureuse ; léger bruit de frottement ajouté au souffle tubaire.

Le 15 décembre, le malade semblait guéri, quand le soir, à dix heures, le Dr Batt fut appelé en toute hâte. Quand il arriva, le malade était mort. A neuf heures et demie, il s'était plaint de l'estomac ; cela se passa aussitôt et il se mit au lit ; mais, en se couchant, il s'écria : « Oh ! cette faiblesse !... » En vain lui prodigua-t-on l'eau-de-vie, il ne se remit pas et mourut en un quart d'heure. L'autopsie ne put être faite.

Observation IX.

Phlébite goutteuse de la saphène interne et de la fémorale. Embolie pulmonaire mortelle. Autopsie.

(Obs. II de Tuckwell).

En février 1871, j'assistais M. Winkfield (d'Oxford) à l'autopsie d'un fermier de 60 ans, homme vigoureux, de constitution pléthorique, qui avait eu à plusieurs reprises ce que sa famille appelait des attaques de rhumatisme goutteux (rheumatic gout) et dont le fils était atteint d'une affection semblable du pied.

Trois semaines avant sa mort, cet homme avait été pris d'un gonflement douloureux de la jambe droite, par obstruction de la saphène interne et de la fémorale. La nuit de sa mort, en dépit des recommandations de son médecin, il avait voulu se lever; mais en se remettant au lit, il s'écria qu'il se sentait faible, qu'il voyait tout noir, et il mourut avant qu'on pût lui porter aucun secours.

Le poumon droit était adhérent; il avait plutôt l'apparence d'un caillot sanguin que d'un poumon ; il était mou, d'un rouge sombre, presque noir, et ne crépitant pas. L' artère pulmonaire droite, depuis sa première division jusqu'à ses bronches de cinquième et sixième ordre était complètement rempli par un caillot ancien, dur. Le poumon gauche était sain, sauf deux petites plaques d'apoplexie pulmonaire. L'artère pulmonaire gauche était bouchée comme une bouteille par son bouchon, par un caillot blanc, dur, de la grosseur du pouce; une de ces extrémités était conique; l'autre, brisée et irrégulière. Il n'y avait pas ici, comme dans l'autre poumon, de prolongement du caillot dans les divisions secondaires de l'artère; le caillot oblitérant était simple.

Dans le ventricule droit, on trouvait un autre caillot volumineux, cylindrique, dont une extrémité s'adaptait parfaitement à l'extrémité la plus proche du caillot artériel.

La veine fémorale droite était, dans toute son étendue, obstruée par un caillot ancien, qui se terminait par une extrémité brisée et irrégulière. Le caillot du ventricule droit s'adaptait exactement à cette extrémité. La saphène interne était aussi oblitérée par un caillot qui

semblait de date plus ancienne que celui de la fémorale. Le caillot n'adhérait pas à la membrane interne de la veine ; mais les parois de celle-ci étaient très épaissies. Il y avait de l'athérome aortique au-dessus des valvules. Les reins étaient atteints de dégénérescence granuleuse ; les antres organes étaient sains.

D'après l'aspect du poumon droit, il est évident que l'obstruction de l'artère pulmonaire droite a dû se produire quelque temps avant la mort, et cet homme ne respirait plus qu'avec un poumon. La nuit de sa mort, en levant la jambe pour se remettre au lit, il a brisé un large morceau du caillot de la veine fémorale qui a été lancé dans l'artère pulmonaire gauche et l'a soudain privé de son poumon sain.

Observation X.

Attaques de goutte répétées. Phlébite double des membres inférieurs. Attaque de goutte aiguë du gros orteil. Embolie pulmonaire. Guérison. (Obs. III de Tuckwell).

Dans l'automne de 1871, j'ai vu avec M. Martin (d'Oxford), M. A..., âgé de 50 ans, qui me donna les détails suivants.

Il avait eu plusieurs attaques de goutte dans le gros orteil ; son père et son fils avaient également souffert de la goutte. Au commencement d'août il avait eu de violentes douleurs dans la région vésicale ; chaque attaque durait plusieurs heures avec strangurie ; mais il n'y avait pas de sang dans l'urine. Un examen de la vessie ne révéla rien. Ces douleurs furent suivies d'une attaque de goutte dans le gros orteil droit. Quelques jours après la goutte disparut, mais fut suivie d'une douleur dans la jambe droite et dans la cuisse. Je le vis dix jours après, le 31 août; la jambe droite était œdématiée et plus chaude que la gauche. Il y avait un peu de sensibilité le long de la saphène interne, mais le gonflement de la jambe empêchait un examen sérieux de la veine.

Le 7 septembre. Le malade a souffert toute la semaine passée ; mêmes sueurs profondes. La nuit dernière, frisson suivi de chaleur (T. 38° à 40°) et de sueurs. La jambe droite et la cuisse sont très œdématiées et chaudes. Un cordon dur est distinctement senti tout le long de la aphène interne, dans la moitié inférieure de la cuisse.

Le malade resta ainsi jusqu'au 12 septembre. Amélioration à partir de ce moment. A la fin du mois, il pouvait se lever et marcher un peu.

Dans la première semaine d'octobre sans cause apparente, la douleur reparut le long de la saphène interne gauche ; la veine devint dure et le même gonflement douloureux qui avait existé à droite reparut à gauche.

Pendant les trois semaines suivantes, grande prostration ; la jambe et la cuisse gauches devinrent enormes; la saphène et la fémorale pouvaient être senties sous forme de cordons durs ; de petites plaques rouges se montraient çà et là le long du trajet de la veine comme si les tissus environnants étaient enflammées. La jambe et la cuisse droites enflèrent de nouveau, avec induration des veines. Transpiration abondante, et de temps en temps frissons irréguliers.

3 novembre. Attaque de goutte aiguë au gros orteil gauche, s'étendant au pied.

Le 7. Le gonflement des jambes diminue, l'état général s'améliore. Ce matin douleur violente dans le flanc droit pendant une heure ou deux, suivie de vomissements.

L'amélioration continue jusqu'au 6 décembre où survient une nouvelle crise de douleur aiguë dans le côté droit avec vomissement. Cela se passa encore.

Le 17. Nouvelle et terrible crise de douleur dans le côté droit, avec gêne de la respiration. Il semblait qu'il allait mourir; la face était couverte de sueurs, le pouls imperceptible. Il se remit cependant et dormit après une injection de morphine.

Le lendemain matin il toussait et se plaignait toujours du point de côté à droite, matité à la base du poumon droit ; souffle bronchique avec crépitation fine, depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la base.

A partir de ce moment, il alla mieux; le gonflement des jambes disparut. En janvier 1872 il était convalescent. Il se porte bien depuis lors.

CONCLUSIONS.

La phlébite rhumatismale est une affection rare, dont l'existence démontrée par la clinique, manque jusqu'ici de preuve anatomique.

Elle survient dans le cours du rhumatisme monoarticulaire, polyarticulaire, aigu, ou blenorrhagique. Elle occupe de préférence le membre supérieur.

Elle est annoncée par des symptômes généraux et caractérisée d'abord par les phénomènes de toute inflammation localisée à une ou plusieurs veines, puis par l'œdème du membre atteint.

Elle n'est jamais suivie d'embolie de l'artère pulmonaire, sa bénignité réelle est un argument en faveur de sa nature rhumatismale.

Il existe une phlébite goutteuse décrite par les cliniciens anglais, mais comme la phlébite rhumatismale, elle manque encore du contrôle anatomique.

Elle atteint plutôt les membres inférieurs.

Elle est souvent suivie d'embolie de l'artère pulmonaire et par là aboutit à la terminaison fatale.

QUESTIONS

SUR LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Anatomie. — Articulation coxo-fémorale.

Physiologie. — De la faim et de la soif.

Physique. — Electroscope et machines électriques.

Chimie. — De l'acétate de cuivre.

Histoire naturelle. — Caractères de la femelle des Maliacées.

Pathologie externe. — De l'angioleucite.

Pathologie interne. — Du rhumatisme cérébral.

Pathologie générale. — Des rechutes.

Anatomie pathologique. — De la péritonite aiguë et chronique.

Médecine opératoire. — De la résection de l'épaule.

Viccaji.

Pharmacologie. — De la sublimation, de la calcination et de la torréfaction ; quels sont les principaux médicaments obtenus par calcination et sublimation.

Thérapeutique. — Des diverses voies d'absorption des médicaments.

Hygiène. — Du choix d'une nourrice.

Médecine légale. — Exposer les différents modes d'extraction et de la séparation de matières organiques pour la recherche de poison.

Accouchement. — De la délivrance.

Vu bon à imprimer.
VULPIAN, Président.

Permis d'imprimer.
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.